



Lista de verificación para colocación con un cuidador sin licencia

Unlicensed Caregiver Placement Checklist

(RCW 74.15.020(2)(I-IV))

NOMBRE DE LA FAMILIA		FECHA DE COLOCACIÓN
NOMBRE DEL NIÑO		
El funcionario que hace la colocación es responsable de cumplir todos los requisitos siguientes dentro de las 72 horas posteriores a la fecha original de colocación (OPD).		
<u>FECHA DE REALIZACIÓN</u>	<u>ANTES DE LA COLOCACIÓN</u>	
	Revisiones de los antecedentes penales (Patrulla Estatal de Washington o WSP, cuerpos policiales de la localidad o cuerpos policiales tribales) de todos los adultos que viven en el hogar.	
	Revisión y aprobación de antecedentes por maltrato y abandono de niños.	
	Visita domiciliaria e identificación de riesgos de seguridad evidentes. NOTA: Utilice la Hoja de recomendaciones básicas para evaluación de la seguridad doméstica.	
	Revisión del motivo de la colocación y la información conocida acerca del estado médico y las necesidades especiales del niño.	
	Entregar una copia de la "Guía del CPS para familiares" (DCYF 22-492).	
	Verificación de nombre y fecha de nacimiento en NCIC (sólo colocaciones de emergencia)	
	<u>DENTRO DE LAS 72 HORAS POSTERIORES A LA COLOCACIÓN</u> NOTA: Utilice la Hoja de recomendaciones básicas para evaluación del hogar	
	Revisión de antecedentes por maltrato y descuido infantil en otros estados, cuando sea pertinente.	
	Verificación de huellas dactilares de todos los adultos que residen en el hogar.	
	Revisión de temas de protección con el familiar encargado del cuidado, incluyendo si está permitido el contacto con la familia biológica.	
	<u>EN LA COLOCACIÓN</u>	
	Revisión de las huellas dactilares terminada dentro de un plazo de 10 de la revisión de los antecedentes penales, cuando corresponda.	
	Informar al familiar acerca de la disponibilidad de apoyo financiero y servicios:	
	<ul style="list-style-type: none"> Licenciamiento de cuidado de crianza Beneficios de TANF – (Para solicitar estos beneficios, el cuidador debe informar que el niño ha sido colocado por el DCYF). 	<ul style="list-style-type: none"> Cobertura médica Oportunidades de capacitación Derecho a ser escuchado en audiencias judiciales
	Revisar el Acuerdo de colocación con la familia y firmar el acuerdo. (DSHS 15-281)	
	Informar al cuidador acerca del Registro de Salud y Educación del Niño (CHET, por sus siglas en inglés)	
	<ul style="list-style-type: none"> Programar un examen de Revisión Temprana y Periódica, Diagnóstico y Tratamiento (EPSDT, por sus siglas en inglés) Programar un examen dental (si el niño no lo ha recibido en los 6 meses anteriores) 	
	Dos revisiones de referencias verbales.	
Comentarios		
NOMBRE DEL TRABAJADOR DE COLOCACIÓN		FECHA DE REALIZACIÓN



DEPARTMENT OF CHILDREN, YOUTH, AND FAMILIES (DCYF)

Admisión del cuidador

Caregiver Intake

RCW 74.15.020 (2) (I-IV)

NOMBRE DEL NIÑO					FECHA DE COLOCACIÓN	
APELLIDO	NOMBRE	GÉNERO M/F	FECHA DE NACIMIENTO	RELACIÓN CON EL NIÑO	VERIFICACIÓN DE ANTECEDENTES*	
					<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	
*Adjuntar documentos: La verificación de antecedentes incluye NCIC completo, huellas dactilares, BCCU y CA/N						
QUIÉN ES EL CUIDADOR PRINCIPAL			AFILIACIÓN TRIBAL			
DIRECCIÓN			DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO		NÚMERO TELEFÓNICO	
¿Ha vivido usted en el Estado de Washington de forma consecutiva los últimos 5 años? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
Si contestó que no, indique las ciudades, estados y años de los periodos que vivió en otro estado.						
La relación del cuidador con el niño: <input type="checkbox"/> Materna <input type="checkbox"/> Paterna			Dominio limitado del inglés: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
<input type="checkbox"/> Otra:			Lengua materna:			
Motivos por los que el niño requiere una colocación:						
¿El cuidador u otra persona que reside en el hogar tiene algún comportamiento, trastorno o limitación que podría afectar la salud y la seguridad del niño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
Explique:						
Comentarios/Dudas que podrían afectar la idoneidad de la colocación:						
QUIÉN PROPORCIONÓ ESTA INFORMACIÓN: <input type="checkbox"/> Madre biológica <input type="checkbox"/> Padre biológico			FIRMA DEL TRABAJADOR SOCIAL			
<input type="checkbox"/> Otro familiar: <input type="checkbox"/> Otra persona apropiada:						

INFORMACIÓN CONTACTO DE EMERGENCIA			
En el estado:	NOMBRE DEL CONTACTO	NOMBRE DEL CONDADO	
DIRECCIÓN		CIUDAD	ESTADO CÓDIGO POSTAL
NÚMERO TELEFÓNICO DE CASA	NÚMERO TELEFÓNICO DEL TRABAJO	NÚMERO DE TELÉFONO CELULAR	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO
Fuera del estado:	NOMBRE DEL CONTACTO	NOMBRE DEL CONDADO	
DIRECCIÓN		CIUDAD	ESTADO CÓDIGO POSTAL
NÚMERO TELEFÓNICO DE CASA	NÚMERO TELEFÓNICO DEL TRABAJO	NÚMERO DE TELÉFONO CELULAR	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO

DEBE SER CONTESTADO POR EL TRABAJADOR SOCIAL PARA TODAS LAS PERSONAS QUE SE ALOJAN EN EL HOGAR.